



OFICINA LOCAL	NÚMERO DE TELÉFONO
NÚMERO DE CASO	FECHA

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE
AVISO DE TERMINACIÓN DE WCCC
 WORKING CONNECTIONS CHILD CARE
WCCC TERMINATION NOTICE

Usted dejará de ser beneficiario del programa Working Connections Child Care (WCCC) el _____. A partir del día de la fecha se pondrá término a los pagos por subsidios de cuidado infantil.

- Usted retiró su solicitud de asistencia de cuidado infantil.
- Usted ya no tiene un niño que cumpla los requisitos de WAC 388-290-0015.
- Sus actividades no cumplen los requisitos de WAC 388-290-0040, 0045 ó 0050.
- Usted no pagó ni acordó que se pague el copago obligatorio de acuerdo a lo dispuesto en WAC 388-290-0110.
- Usted cumple los requisitos de ingresos para recibir subsidios de cuidado infantil, sin embargo, su proveedor no califica conforme a WAC 388-290-0130. Debe seleccionar a otro proveedor. Si no provee información de un nuevo proveedor antes del _____, consideraremos que usted retiró su solicitud de asistencia de cuidado infantil.
- Sus ingresos superan el nivel federal de pobreza (FLP) máximo permitido para poder ser beneficiario del programa, conforme a WAC 388-290-0010.
- Usted no brindó la información necesaria para que se determinara si cumplía con los requisitos.

Según WAC 388-290-0030, El _____ le

solicitamos:

Otro: _____

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese conmigo al _____.

 NOMBRE DEL FUNCIONARIO AUTORIZANTE

 TEL/FAX DEL FUNCIONARIO AUTORIZANTE

DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, puede pedir una audiencia comunicándose o llamando a la oficina de Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98507-2465. Debe pedir su audiencia dentro de los 90 días de haber recibido esta carta. En la audiencia, usted tiene el derecho de representarse a sí mismo, ser representado por un abogado o por cualquier otra persona de su elección. Puede recibir asesoría legal gratis o representación comunicándose con la oficina de servicios legales. Usted puede ser elegible para recibir beneficios continuados pendientes del resultado de una audiencia.

SEGURO MÉDICO PARA SUS NIÑOS

¿Sabía usted que puede obtener cobertura médica y dental para sus hijos? No hay una lista de espera y tan fácil hacerlo como contar **1 - 2 - 3**

1. ¿Está usted recibiendo algún otro tipo de ayuda a través del estado, tal como estampillas para alimentos o ayuda en efectivo?
 - **SÍ:** Llame al funcionario financiero encargado de su caso y pídale cobertura médica para sus hijos.
 - **NO:** Llame al número gratuito de atención médica infantil al 1-800-204-6429.
2. Provea al funcionario la información necesaria para decidir si usted califica para el programa. Es posible que ya la tenga o, de lo contrario, usted podrá dársela por teléfono.
3. Reciba la tarjeta médica por correo.

No espere más - ¡La cobertura médica para sus hijos está al alcance de su mano!